

給付金請求書兼証明書

コピーしてお使いください

一般財団法人知多地区勤労者福祉サービスセンター理事長 宛 請求日 20 年 月 日

下記事由のあったことを証明し、一般財団法人知多地区勤労者福祉サービスセンター給付規定に基づき給付金を請求します。

| | | | | | | | |
|---------|-----|---------|-----|---------|---------|----------|---|
| 事業所名 | | | | 事業所代表者名 | | | |
| Ⓜ | | | | Ⓜ | | | |
| 会 員 番 号 | 会 員 | (受 取 人) | 性 別 | 男 | 生 年 月 日 | 大・昭・平・西暦 | |
| | | | 男・女 | | | 年 月 日 | 生 |
| 住 所 | | | | | | 電 話 番 号 | |

※会員死亡の場合は、会員欄のみ受取人の名前をご記入ください。

| 区 分 | 項 目 | 該当欄に○ | 給付金額 (円) | 内 容 | 添 付 書 類 | | |
|---------|--------------|--------------|---------------------------------|---|---|--|--|
| 傷 病 | 本人 | | | 医療機関名： 傷病名： 休業期間： 20 年 月 日から 20 年 月 日まで | ※通院日数・入院日数ではなく 休業(連続)した日数が対象となります。 (診断書など添付書類は全労済協会の 求めにより提出いただくことがあります。) | | |
| | | 休業 14日～59日 | 15,000 | | | | |
| | | 休業 60日～89日 | 20,000 | | | | |
| | | 休業 90日～119日 | 30,000 | | | | |
| | 休業 120日以上 | | 40,000 | | | | |
| 障 がい | 本人 | | | 障がいの症状 症状固定日 20 年 月 日 | ・所定の後遺障がい診断書 (全労済協会書式) (原本) ・障がい等級の分かる書類 (写し可) ・交通事故証明書 (写し可) ・不慮の事故証明書 (写し可) | | |
| | 71歳未満 | 交通事故 | 1,250,000 以内 | | | | |
| | | 不慮の事故 | 750,000 以内 | | | | |
| | | 疾病(重度障がい) | 500,000 | | | | |
| 本人 | 交通事故 | 1,250,000 以内 | | | | | |
| 71歳以上 | 不慮の事故 | 750,000 以内 | | | | | |
| | 疾病(重度障がい) | 250,000 | | | | | |
| 死 亡 | 本人 | | | 死亡者氏名： 請求者の続柄： 死亡年月日： 20 年 月 日 | ・死亡診断書 (写し可) ・死亡された方の戸籍謄本 (出生から死亡までの全記載があるもの) ・死亡された方と受取人の関係がわかる戸籍謄本または全部事項証明書 (写し可) ・交通事故証明書 (写し可) ・不慮の事故証明書 (写し可) | | |
| | 71歳未満 | 交通事故 | 1,250,000 | | | | |
| | | 不慮の事故 | 750,000 | | | | |
| | | 疾病 | 500,000 | | | | |
| | 本人 | 交通事故 | 1,250,000 | | | | |
| | 71歳以上 | 不慮の事故 | 750,000 | | | | |
| | 疾病 | 250,000 | | | | | |
| 配 偶 者 | 配偶者 | | 100,000 | 死亡者氏名： 続柄： 死亡年月日 20 年 月 日 | ・死亡の確認できる証明書 (写し可) (医師の死亡診断書または死体検案書等) | | |
| | 子 | | 50,000 | | | | |
| | 親 (配偶者の親も対象) | | 10,000 | | | | |
| 住 宅 災 害 | 火災等 | 全焼・全壊 | 500,000 | 災害の種別 火災・地震・風水害・その他 災害発生日 20 年 月 日 | 災害が発生したら至急連絡ください。 (会員の居住する家屋等が対象となります) ・修理業者による見積書 (写し可)、 現場の写真 (被害状況がわかるもの) ・関係官署の罹災証明 (写し可) | | |
| | | 半焼・半壊 | 450,000 以内 | | | | |
| | | 一部焼・壊 | 150,000 以内 | | | | |
| | 自然災害 | 全壊・流失 | 150,000 | | | | |
| | | 半壊 | 75,000 | | | | |
| | | 一部壊 | 15,000 以内 | | | | |
| 床上浸水 | 75,000 以内 | | | | | | |
| 同居親族の死亡 | | 20,000 | 死亡者氏名： 続柄： 死亡年月日 20 年 月 日 | ・医師の死亡診断書または死体検案書等 | | | |

指定振込先口座名

| | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|-----------------|----------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 預 金 口 座 | 銀行 信用金庫 労働金庫 農協 | 本店 支店 出張所 | 種 目 | 預 金 口 座 番 号 | | | | | | | |
| | フリガナ | | 1. 普通 2. 当座 | | | | | | | | |

※漁業協同組合は、取扱いできません。

この請求書に必要な書類及び「保険金請求書兼証明書〈一括用〉」(P89)を添付のうえご請求ください。

※振込先の相違により、別途手数料が必要になる場合、振込金から差引かれます。通帳等をよく確認のうえご記入ください。(通帳を繰越した本支店ではなく、口座を作成した本支店をご記入ください)

保険金請求書兼証明書<一括用>

原本郵送

<保険金請求に伴う個人情報(要配慮個人情報を含む)の取扱いについて>

全労済協会は、保険金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報(要配慮個人情報を含む)など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、保険契約の締結・維持管理、保険金のお支払いなどを含む保険契約の判断に関する業務や、全労済協会の事業、各種保険商品、各種サービスのご案内などの目的のために利用させていただきます。

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会(全労済協会) 御中

全労済協会の自治体提携慶弔共済保険普通保険約款・特約に基づき、必要書類を添え、以下の内容にて、保険金を請求します。
本契約に関する個人情報(要配慮個人情報を含む)が、保険契約の締結・維持管理、保険金の支払いなどの判断に関する業務目的のために利用されることに同意します。

| | | |
|--|--|-----------------|
| 保険契約者 団体名 一般財団法人知多地区勤労者福祉サービスセンター 代表者名 | | 請求日 20 年 月 日 |
|--|--|-----------------|

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| 被保険者 フリガナ 氏名 | 生年月日 大・昭・平・西暦 年 月 日生 |
| 住所 〒 - フリガナ 市() - | |
| 事業所番号 | 会員番号 |
| サービスセンター加入日 | 年 月 日 |

該当する項目すべてに○をつけてください。

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】

| 死亡日・症状固定日 | 不慮の事故・交通事故の事故日 | 保険始期時点の満年齢 | ※保険始期時点の満年齢とは、保険期間の初日(新規契約の初日または更新契約の初日)時点の満年齢であり、死亡日時点の満年齢ではありません。 (例)保険期間 2019年4月1日~2020年3月31日、死亡日 2019年10月10日、誕生日 1954年(S29年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満64歳です。 | |
|------------------------------|----------------|------------|---|---|
| 年 月 日 | 年 月 日 | 満 歳 | | |
| 100・110 会員死亡(65歳未満の方) | | 円 | 120 不慮の事故による死亡 | 円 |
| 101・111 会員死亡(65歳以上の方) | | 円 | 130 交通事故による死亡 | 円 |
| 140・150 増加死亡(65歳以上71歳未満の方) | | 円 | 不慮の事故による重度・後遺障害 (級) | 円 |
| 200・210 重度障害(65歳未満の方) | | 円 | 交通事故による重度・後遺障害 (級) | 円 |
| 201・211 重度障害(65歳以上の方) | | 円 | | |
| 260・270 増加重度障害(65歳以上71歳未満の方) | | 円 | | |
| | | | 保険金 | 円 |

【住宅災害】

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------|-----|---------|---|----------|---|
| 罹災日 | 20 年 月 日 | 物件住所 | | | | | |
| 1. 火災等による住宅災害(300 301 302 303) | | 2. 自然災害による住宅災害(310 311 312 313) | | 建物の延床面積 | 坪 | 店舗併用住宅部分 | 坪 |
| 火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発 | | 台風()号 地震 水災(豪雨・洪水等) 雪害 | | | | | |
| その他() | | 床上浸水 その他() | | | | | |
| 全労済協会処理欄 | 損害額 円 (1坪あたりの単価) 延床面積 × 100 = 木造 60万円 × 坪 鉄筋 70万円 × 坪 | 損害の程度 支払割合 % ⇒ % (契約額 円) | 保険金 | 円 | | | |

【傷病休業】

| 傷病名 | 休業期間 | 左記休業期間におけるご請求(受取)済み期間 |
|------|--|-----------------------------------|
| | 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 | 1. なし 2. 一部請求(受取)済 20 年 月 日分まで |
| 請求事由 | 1. 14日以上30日未満 2. 30日以上60日未満 3. 60日以上90日未満 4. 90日以上120日未満 5. 120日以上 | 円 円 円 円 円 円 |
| | | 保険金合計 円 |

【慶弔見舞金】

| | | |
|--|-----------------------|----------|
| 家族死亡 400 配偶者 401 子 402 親 403 住宅災害による同居親族 | 事由確定(発生日) 20 年 月 日 | 保険金 円 |
| 死亡者氏名 | | |

| | |
|--|-------------------------------------|
| 保険金受取人 フリガナ 氏名 〒 - フリガナ 住所 | 会員との続柄 1. 本人 2. 配偶者 3. その他() |
|--|-------------------------------------|